O całkowitem wykluczeniu jelita.

Wykład habilitacyjny

Dra Romana Barącza.

Panowie! Operacya, o której dziś pomówić zamierzam, jest najnowszą zdobyczą na polu chirurgii brzusznej. Zawdzięcza ona powstanie swoje po części częstym niepowodzeniom przy stosowaniu dotychczasowych środków leczniczych, wobec niektórych ciężkich spraw chorobowych w jamie brzusznej, po części zaś rozlicznym mozolnym pracom doświadczalnym fizyologów nad wyjaśnieniem sprawy tworzenia się kału.

O całkowitem wykluczeniu jelita mówimy wtedy, jeżeli część przewodu pokarmowego wydzielimy z jego ciągłości, takowej jednak nie wyłuszczamy, lecz pozostawiamy w związku wraz z odnośną krezką w jamie brzusznej. Operacyę tę już przed dawniejszym czasem wykonywali fizyologowie na zwierzętach (psach) w celu poszukiwań nad wydzielaniem soku jelitowego, nad pochłanianiem wprowadzonych do przewodu pokarmowego istot i nad sprawą tworzenia się kału. Z początku odosobniano w ten sposób kawałek jelita, że pętlę podwiązywano w 2 miejscach; sposób ten okazał się niepraktycznym, ponieważ podwiązaniem przerywano ciągłość przewodu pokarmowego, wskutek czego też zwierzęta szybko ginęły. Jako wielki postęp należy uważać T h i r y e g o sposób odosobniania kawałka jelita, podany w roku 1864. Thi-

ry[1]) wycinał kawałek jelita, pozostawiając go w związku z krezką, a ciągłość przewodu pokarmowego przywracał za pomocą enterorafii; przytem zaszywał ślepo jeden koniec wykluczonej pętli, a drugi wszywał w ranę powłok brzusznych, jako przetokę, służącą do zbierania wydzieliny kiszkowej i do przedsiębrania innych doświadczeń.

Vella w Bolonii, trudniący się podobnemi doświadczeniami, podał w r. 1882 myśl wszywania obu końców wykluczonej pętli w powłoki brzuszne. Odtąd wykluczenie jelita przez fizyologów polegało na zakładaniu przetok sposobem Thiryego lub Velli.

W nowy okres przechodzą doświadczenia w tym kierunku przedsiębrane, od r. 1890, w którym fizyolog królewiecki Hermann podał nowy sposób całkowitego wykluczenia jelita. Hermann, chcąc wyświecić sprawę powstawania kału, przecinał jelito w 2 miejscach, przepłukiwał tę izolowaną pętlę ciepłą wodą i łączył oba końce przecięte za pomocą szwu w postaci pierścienia, który zapuszczał do jamy brzusznej; oba końce resekowano t. j. pętlę doprowadzającą łączył za pomocą szwu z odprowadzającą. Podobnie postępował amerykanin Halsted już w r. 1887; jednak doświadczenia jego były fizyologom nieznane. Uczeń Hermanna Berenstein zmodyfikował to doświadczenie w ten sposób, że nie łączył ze sobą końców wykluczonej pętli w postaci pierścienia, lecz zaszywał je ślepo i wykluczony kawałek jelita zagłębiał w jamie brzusznej.

Wykluczenie jelita wraz ze wszystkiemi jego modyfikacyami zostało zatem przez fizyologów udoskonalonem, zanim zaczęto stosować to postępowanie w chirurgii.

W chirurgii zużytkowano najpierw wykluczenie częściowe, t. j. enteroanastomozę, w postaci gastro-enterostomii, poleconej przez Wölflera wobec niedającego się wyłuszczyć raka, przez Rydygiera wobec wrzodu żołądka i przez Hackera w postaci ileokolostomii.

Wykluczenie częściowe stało się zupełniejszem przez wprowadzenie enteroanastomozy z boczną implantacyą (Bili-

roth, Jesset) zamiast enteroanastomozy z boczną apozycyą. Ramię doprowadzające przecinano poprzecznie, obwodowy jego koniec zaszywano ślepo, zaś doprowadzający wszywano w ranę boczną w ramieniu odprowadzającem, powyżej części chorej. Jelito, przecięte napoprzek i zaszyte na ślepo przed granicą nowotworu, lub przed częścią schorzałą, stanowiło niejako ślepy przyczepek głównego przewodu pokarmowego; było ono zawsze jeszcze tylko częściowo wykluczonem i treść jego mogła się wypróżniać do głównego przewodu pokarmowego, jednak kał, nagromadzający się w tym ślepym zaułku, mógł ciągle jeszcze drażnić schorzałe ściany jelita, a tylko wobec przetok mógł się wypróżniać na zewnątrz.

Dopiero Hacker w r. 1888 i równocześnie z nim Caponnotto podali myśl, czyby nie było racyonalnem, w przypadkach, nienadających się do resekcyi, w których jelito przez przetoki komunikuje z powłokami zewnętrznemi, zamiast resekcyi stósować całkowite wykluczenie jelita.

Myśl Hackera długo nie została urzeczywistnioną; dopiero Salzer w latach 1891 i 1892 przeprowadził doświadczenia na psach, w celu przekonania się, czy wykluczenie całkowite dałoby się klinicznie zastósować. Zrobił on spostrzeżenie na znacznym materyale kliniki Billrotha, że sposoby leczenia, dotychczas używane, wobec niektórych postaci sztucznej rzyci i nowotworów jelita ślepego nie są wystarczającymi. Szczególne trudności w leczeniu przedstawiają liczne, rozgałęzione przetoki kałowe. Wobec znacznych zrostów, w przypadkach tych, nie wystarcza zwykła enterorafia, a resekcya jelita jest niebezpieczniejszym zabiegiem, niż samo cierpienie, dla któregoby się ją wykonało. Pierwsze doświadczenia Salzera wypadły niekorzystnie: psy, u których wykluczył całkowicie pętlę jelitową, miały się przez kilka tygodni dobrze, jednak po upływie tego czasu ginęły.

Wykluczone pętle (iloecoecum) wykazywały różny stan napełnienia, oraz rozległe owrzodzenia na błonie śluzowej. Błona śluzowa zawierała liczne wrzody folikularne, wielkości

prosa i większe, o brzegach podminowanych; treść wykluczonej pętli stanowiła miazga papkowata, do kału podobna, barwy brunatnej. Doświadczenia te utwierdziły Salzera w przekonaniu, że wykluczenie całkowite pętli jelitowej jest zabiegiem niebezpiecznym. Pesymistyczne te zapatrywania zmienił Salzer w r. 1891, po przeprowadzeniu ponownych doświadczeń z całkowitem wykluczeniem jelita. Oba psy, u których wykluczył jelito całkowicie, pozostały przy zupełnem zdrowiu, a gdy je zabito po upływie 9-ciu, a względnie 10-ciu miesięcy, nie znaleziono zmian patologicznych w wykluczonej pętli. U jednego psa pętla była zupełnie skurczoną i nie zawierała prawie żadnej treści, u drugiego była wydętą, o ścianach zgrubiałych i zawierała obfitą ilość szarej papki, podobnej do kitu.

Oba te wyniki dowiodły więc, że zupełne wykluczenie jelita może wśród warunków korzystnych zakończyć się pomyślnie, oraz że wydzielanie treści odbywa się bardzo powoli i że błona śluzowa wykluczonej pętli może pozostać zdrową nawet wobec pozostawionej w niej treści kałowej. Na podstawie tych doświadczeń radzi Salzer wszywać przy całkowitem wykluczaniu koniec obwodowy w powłoki brzuszne, jako przetokę.

Następną pracę doświadczalną przedsięwziął Klecki w pracowni klinicznej prof. Rydygiera w Krakowie. Klecki, w celu wyświecenia sprawy powstawania kału, wykluczył u 22 psów jelito całkowicie, chcąc badać treść gromadzącą się w pętlach po upływie pewnego czasu. Starając się znieść działanie bakteryj, przepłókiwał pętle przed wykluczeniem sztucznym sokiem żołądkowym. Jako warunek udanego doświadczenia postawił sobie Klecki, by zwierzęta pozostawały przez cały czas po operacyi normalnemi, t. j. nie przechodziły ani zapalenia otrzewnej, ani stanu septycznego i ażeby pętla wykluczona nie podlegała zmianom patologicznym. Z 22 psów tylko u 3 znalazł warunki wymienione, a gdy je po upływie dłuższego czasu zabito, znaleziono w wykluczonych

pętlach nieznaczną ilość treści, a ściany tych pętli były prawidłowe.

Natomiast u psów, które zginęły z powodu zapalenia otrzewnej, znaleziono obok patologicznie zmienionej ściany ſelita albo treść podobną jak u owych 3, albo gnijącą, cuchnącą. Obecność tej treści przypisuje Klecki zmianom patologicznym w ścianie jelita, wywołanym upośledzeniem krążenia przez zaciśnięcie naczyń (zrosty), lub też drażnieniu bakteryj, pozostawionych w wykluczonej pętli. Klecki odmawia przyszłości tej operacyi, gdyż przy niej ściana jelita jest zawsze patologicznie zmienioną i poleca w przypadkach odnośnych wykonywać enteroanastomozę.

Pomysł Salzera znalazł wnet kliniczne zastosowanie. Hochenegg pierwszy zastósował go na człowieku z dobrym wynikiem. To zachęciło i innych chirurgów do wykonywania tej operacyi w stósownych przypadkach. Ilość dotychczas wykonanych całkowitych wykluczeń jelita u człowieka wynosi 19.

Nie chcę Panów nużyć przytaczaniem pojedyńczych historyj chorób; omówię tylko te przypadki sumarycznie.

18 chorych zniosło operacyę dobrze, tylko jeden umarł bezpośrednio po operacyi wskutek zakażenia otrzewnej (przypadek Eiselsberga[1]), jeden chory zaś zmarł po drugiej laparotomii, przedsięwziętej w celu wyłuszczenia wykluczonej pętli (Eiselsberg).

Wiek tych operowanych waha się między 15-tym a 41-szym rokiem życia; przypadki dotyczą obu płci w równej mierze. Większa liczba przypadków przypada na wiek młodszy. Co się tyczy chorób, które dały powód do zastosowania tego zabiegu, to w 12 przypadkach rozchodziło się o sprawy zapalne okolicy jelita ślepego, wyrostka robaczkowego i sąsiednich części jelita biodrowego i grubego. W jednym przypadku (Wiesinger) rozchodziło się o sprawę zapalną innej części jelita grubego (Colon descendens, flexura sigmoidea,

[1]) Eiselsberg wykonywał operacyę tę 4 razy.

flexura coli dextra); w jednym o raka jelita ślepego (Eiselsberg), w jednym o raka okrężnicy zstępującej (Friele); w 2 przypadkach po przepuklinie zgorzelinowej rzyć sztuczna dała powód do wykluczenia. (Wiesinger, Keetley); w przypadku Erlacha pierwotny rak macicy przebił się do pochwy i ztąd powstała przetoka kałowa pomiędzy jelitem biodrowem a pochwą dała powód do wykluczenia jelita, w przypadku Naratha ostre zapalenie tkanki okołomacicznej (parametritis) wywołało komunikacyę pomiędzy pochwą, jelitem biodrowem i czczem.

Najczęstszy powód do wykluczania dawały zatem sprawy zapalne okolicy jelita ślepego, w połączeniu z objawami przewlekłej niedrożności jelita (trudności przy oddawaniu stolca, bóle, wymioty, gorączka), które powodowały zazwyczaj wystąpienie bolesnego, mało ruchomego, albo wcale nieruchomego obrzęku okolicy jelita ślepego. Obrzęk ten brano zazwyczaj za nowotwór, nawet po otwarciu jamy brzusznej; jednak dalszy przebieg pouczał, że rozchodziło się prawie zawsze o obrzęk zapalny, przyrody nieżytowej, lub rzadziej gruźliczej, powodujący silne zrosty z sąsiedniemi częściami jelit i ograniczone zapalenie otrzewnej. Obrzęk ten wywoływał objawy niedrożności lub też dawał powód do powstania ropni i przebicia ściany jelitowej do jamy otrzewnowej, lub też na zewnątrz.

W 11 przypadkach usiłowano najpierw wykonać resekcyę biodro-kątnicy (ileocoecum).

W 9 przypadkach wykazała laparotomia, że obrzęk jelita ślepego tak był zrośnięty z sąsiedniemi częściami i wielkiemi naczyniami, że albo rozpoczętej resekcyi zaniechano (Frank, Barącz), albo też do niej wcale nie przystępowano i wykonano natomiast wykluczenie całkowite (Frank, Hochenegg, Eiselsberg, Funcke, Bier).

Także w 6 innych przypadkach, operowanych z powodu spraw zapalnych w innych częściach przewodu pokarmowego, te same przyczyny (zrosty z sąsiedniemi częściami

jelita, obawa zranienia wielkich naczyń lub otwarcia głębokich ropni) skłoniły autorów do wykluczenia jelita.

Główny zatem powód do wykluczenia jelita dawała niemożliwość lub niebezpieczeństwo resekcyi.

W przypadku Naratha wykluczono podczas jednego zabiegu 2 odrębne pętle jelita, w innych przypadkach wykluczono tylko jednę pętlę.

Porządkując te przypadki podług pojedyńczych części przewodu pokarmowego okazuje się, że: jelito czcze (jejunum) wykluczono tylko raz (przypadek Naratha), jelito biodrowe (ileum) same 5 razy (Eiselsberg w 3 przypadkach, Erlach, Narath), 2 razy wykluczono jelito cienkie bez dokładniejszego określenia części jelita (Bier przypadek 11), raz wykluczono większy kawałek jelita biodrowego, ślepego i okrężnicy wstępującej (Frank), 8 razy wykluczono jelito ślepe wraz z sąsiedniemi częściami jelita biodrowego i okrężnicy wstępującej (Hochenegg, Obaliński, Eiselsberg w 2 przypadkach, Baracz, Funke, Bier), raz wykluczono 30 ctm. jelita biodrowego wraz z okrężnicą wstępującą i zagięciem esowatem (Wiesinger); raz kawałek okrężnicy poprzecznej i zstępującej wraz z zgięciem esowatem (Friele).

Długości wykluczonej pętli nie podano zawsze dokładnie. Najdłuższe kawałki jelita wykluczyli Körte i Frank.

Co do sposobu zaopatrzenia wykluczonej pętli, to takowe może być wykonane w sposób czworaki:

1) równoczesne założenie przetoki na obu końcach (do- i odprowadzającym) wykluczonej pętli;

2) założenie przetoki skórnej na końcu doprowadzającym, zaszycie i pogrążenie końca odprowadzającego;

3) założenie przetoki skórnej na końcu odprowadzającym, zaszycie i pogrążenie końca doprowadzającego;

4) zaszycie i pogrążenie obu końców:

a) zaszycie jednego końca z drugim (wykluczenie w postaci pierścienia,

b) ślepe zaszycie obu końców poosobno (w postaci kiełbasy).

U człowieka zastósowano już każdy z powyżej podanych sposobów.

Ciekawem bardzo jest zachowanie się wydzieliny z wykluczonej pętli w tych przypadkach, w których pozostawiono przetoki na zewnątrz. Wyniki badań autorów różnią się w tym względzie. Co do jakości wydzieliny, to ta tylko w pierwszych dniach po operacyi jest podobną do kału; prawdopodobnie są to resztki kału pozostawionego podczas zabiegu operacyjnego.

W dalszym przebiegu wydziela się zazwyczaj ropiasty śluz, a w końcu tylko czysty śluz.

I co do ilości wydzielanego śluzu podania autorów nie są zgodne; przypisać to należy po części temu, że spostrzeżenia pod tym względem robiono stosunkowo późno po operacyi. Z 11 przypadków, w których założono przetokę, 6 odznaczało się bardzo nieznaczną wydzieliną śluzu (Frank, Erlach, Narath, Bier 2 przypadki Nr. 13 i 14, Keetley), chorzy skutkiem tego doznawali bardzo mało nieprzyjemności. W 5 przypadkach wydzielina miała być bardzo obfitą; w 2, należących do tej drugiej kategoryi, udało się jednak, przez stósowanie przepłókiwań, zmniejszyć ilość tej wydzieliny do odrobiny śluzu (Hochenegg, Wiesinger).

W przypadkach Körtego i Obalińskiego wydzielina obfita tak stała się uciążliwą, że chorzy sami domagali się usunięcia jej za pomocą operacyi. W obu też przypadkach wyłuszczono następnie część wykluczoną.

Że ilość wydzieliny nie zależy od części jelita, którą wykluczamy, jakby to przypuszczać należało, dowodzą niektóre przypadki. I tak wykluczone jelito cienkie wydzielało małą ilość treści, jelito zaś grube — znaczną. Doświadczenie to kliniczne nie zgadza się z wywodami teoretycznymi (Reichel). Zdaje się, że ilość wydzieliny z wykluczonej pętli zależy od stopnia schorzenia błony śluzowej, jak to wykazały doświadczenia Naratha, w jego przypadku. Ilekroć on drażnił

mechanicznie koniec wykluczonej pętli (palcem) lub chemicznie (azotanem srebrowym), tylekroć zwiększała się ilość śluzu w przetoce. Według Naratha nie ustaje też w wykluczonej pętli ruch robaczkowy. Operacya działała skutecznie w tych przypadkach, w których założono przetoki.

W 4 przypadkach spraw zapalnych w jelicie ślepem, w których wykluczono jelito, zakładając przetoki, obrzęki zmniejszyły się bardzo znacznie i stały się ruchomymi. W przypadku Hochenegga obrzęk zmniejszył się po 7 miesiącach do połowy pierwotnej wielkości, a gdy tenże po 2 latach wykonał ponowną laparotomię z powodu przebicia pętli jelita cienkiego do światła jelita wykluczonego, jelito ślepe, zmniejszone do rozmiarów kasztana, dało się łatwo wyłuszczyć. Podobne spostrzeżenie zrobił w swoim pierwszym przypadku Obaliński.

Na szczegółowe omówienie zasługują przypadki całkowitego wykluczenia jelita z zaszyciem na ślepo obu końców wykluczonej pętli.

Pierwszą taką operacyę na człowieku wykonałem ja [1]) w sierpniu 1893 r.; w 8 miesięcy po mojej operacyi wykonał ją niezależnie odemnie Obaliński [2]) (25 kwietnia 1894), a wreszcie w r. 1895 Friele [3]) (5 sierpnia).

Mój przypadek dotyczył 19-letniego mężczyzny z objawami przewlekłej niedrożności jelit i obrzękiem jelita ślepego, który zrazu brałem za raka. Przy laparotomii znalazłem przewlekłe wgłobienie jelita biodrowego w ślepe i obrzęk w jelicie ślepem, który i przy operacyi uważałem za nowotwór. Gdy rozpoczętej resekcyi nie mogłem dokończyć, z powodu bardzo znacznych zrostów z sąsiedniemi pętlami i unaczynienia krezki okrężnicowej (mesocolon), zakończyłem operacyę, wykluczając kawałek jelita biodrowego, ślepego i okrężnicy wstępującej, jednocześnie łącząc jelito główne, tj. jego

---

[1]) Przegląd chirurgiczny 1894 Tom I Zeszyt IV i Centralblatt für Chirurgie 1894, Nr. 27.

[2]) Medycyna 1894, Nr. 44 i Centralblatt für Chirurgie 1894, str. 49.

[3]) Medicinsk Revue, Bergen 1895, December.

ramię do- i odprowadzające bocznie, za pomocą szwu Senna, jednak przy użyciu płytek brukwiowych, po zaszyciu na ślepo obu końców. Prócz zadrażnienia otrzewnej w pierwszych dniach po operacyi (znaczna bębnica, duszność, wymioty), przypadek ten zakończył się zupełnem wyzdrowieniem, które trwa do chwili obecnej. Nadto obrzęk, przedtem wielkości jaja gęsiego, był w miesiąc po operacyi prawie niewyczuwalny i później zupełnie znikł. Na podstawie pomyślnego wyniku w tym moim przypadku poleciłem stósowanie tej operacyi w przypadkach przewlekłej niedrożności, wobec spraw zapalnych i wgłobień okolicy jelita ślepego.

Przypadek Obalińskiego dotyczył 24-letniej dziewczyny z uporczywą przetoką kałową okolicy jelita ślepego, którą chirurg ten odnosił do sprawy promienicowej. Obaliński wyciął jelito ślepe wraz z przetoką doń prowadzącą, a gdy koniec przeciętego jelita biodrowego nie dał się zbliżyć do przeciętego końca okrężnicy wstępującej, po części z powodu krótkości krezki, po części zaś z powodu zrostów, przeciął kątnicę prawą w miejscu przejścia okrężnicy wstępującej w poprzeczną, zaszył ślepo na obu końcach okrężnicę wstępującą i połączył światło okrężnicy poprzecznej z jelitem biodrowem. Chora wyzdrowiała bez żadnych przypadków; badanie wyciętego jelita ślepego wykazało sprawę gruźliczą. W ten sposób wykluczył Obaliński całą okrężnicę wstępującą prawidłową i rozszerzył wskazania do zabiegu, który ja przedtem poleciłem; przytem Ob. proponuje nazywać ten zabieg *eliminatio intestini.*

W 14 miesięcy później wykonał Obaliński [1]) ponownie laparotomię u tej samej chorej z powodu przepukliny w miejscu blizny i znalazł przytem, że pętla wykluczona była skurczoną, zamienioną w cienki sznurek.

I. Friele w Bergen wykonał laparotomię u 64-letniego mężczyzny z przyczyny obrzęku w jamie brzusznej, który odnosił do jelita ślepego. Obrzęk znajdywał się jednak

---

[1]) Centralblatt für Chirurgie 1896, Nr. 34.

w okrężnicy zstępującej (flexura lienalis). Wobec tego założył Friele rzyć sztuczną w okrężnicy wstępującej. Po 10 dniach, po uspokojeniu się wszystkich przypadłości, wykonał Friele ponownie cięcie brzuszne i wykluczył okrężnicę zstępującą wraz z znajdującym się w niej obrzękiem, podobnie jak ja i Obaliński i połączył ze sobą szwem okrężnym okrężnicę poprzeczną z zagięciem esowatem. Po 25 dniach usunął Friele rzyć sztuczną przez ponowną laparotomię i wycięcie części okrężnicy wstępującej; 40go dnia po wykluczeniu jelita chory opuścił szpital jako wyleczony. Jednak już w 4 dni później powróciły objawy niedrożności jelit, wśród których chory zmarł w 76 dni po wykonanem wykluczeniu, jednak niezależnie od tej sprawy.

Sekcya wykazała jako przyczynę zejścia niedrożność jelita, spowodowaną zrostami kilku pętli jelita cienkiego i jego załamaniem. Wykluczona pętla okrężnicy wstępującej, 42 cm. długa, była skurczoną; szwy trzymały dobrze, obrzęk rakowy był usadowiony w miejscu zagięcia. Pętla ta zawierała treść do kału podobną w ilości około 50 gramów; błona śluzowa okazała się wszędzie gładką, z wyjątkiem miejsca usadowienia obrzęku, gdzie znajdowało się owrzodzenie.

Trzy te przypadki są jedynymi, w których wykonano wykluczenie z zamknięciem zupełnem pętli wykluczonej. W 16 innych założono przetokę na ramieniu dowodzącem lub odwodzącem, albo też zaszyto oba końce, jednak tylko wobec istniejących przetok do pętli wykluczonej.

W jednym przypadku (Funke [1]), należącym do ostatniej gromady, zaszyto przetokę, prowadzącą do pętli wykluczonej, pokrywając ją 2-ma odpreparowanymi płatami i również zaszyto ślepo oba końce wykluczonej pętli; jednak już po 3 dniach otwarto przetokę nanowo, z powodu objawów miejscowego zadrażnienia otrzewnej, poczem objawy te ustąpiły.

W jednym zaś przypadku, należącym również do ostatniej kategoryi (Wiesinger [2]), założono najpierw przetokę na

[1]) Prager medic. Wochenschrift 1895, Nr. 32, 33.

[2]) Münchener medic. Wochenschrift 1895, Nr. 51.

ramieniu dowodzącem, którą następnie zaszyto, skoro wydzielina z niej prawie całkiem ustała. W tym więc przypadku wykonano całkowite wykluczenie z zupełnem zamknięciem wykluczonej pętli, jednak dwuczasowo; jestto więc 4 przypadek wykluczenia z całkowitem zamknięciem, którego nie wliczyłem do owych 3ech, ponieważ technika była nieco odmienną. Ciekawym jest wynik w owych trzech przypadkach z zupełnem zamknięciem; w 2 przypadkach jest on znakomity, gdyż jeden chory żyje przeszło 4 lata, druga chora przeszło 3 lata; w przypadku Frielego był on dobrym aż do przedwczesnej śmierci chorego (wewnętrzne uwięzgnięcie innej pętli) i w 4 przypadku (Wiesinger), w którym wykluczenie całkowite z zupełnem zamknięciem wykonano dwuczasowo, wynik, zdaje się, jest dobrym, gdyż autor nie poczuwa się do obowiązku ogłoszenia dalszych o nim wiadomości.

Jeżeli przypadki te, operowane sposobem przezemnie podanym, ze sobą porównamy, to widzimy, że w każdym z nich wykluczono tylko jelito grube i to wykluczono różne jego części (w moim przypadku jelito ślepe wraz z wstępującem i koniec jelita biodrowego; w przypadku Obalińskiego okrężnicę wstępującą; w przypadku Frielego okrężnicę zstępującą i zagięcie esowate; wreszcie w przypadku Wiesingera okrężnicę poprzeczną, zstępującą, wraz z zagięciem esowatem).

Co do wskazań do operacyi w powyższych przypadkach, to w moim rozchodziło się o przewlekłe wgłobienie jelita biodrowego w ślepe i obrzęk zapalny ścian ostatniego; w przypadku Obalińskiego o niemożności zbliżenia końca przeciętego jelita cienkiego do przeciętego końca kątnicy prawej; w przypadku Frielego — o raka w okrężnicy zstępującej; w przypadku Wiesingera o przewlekłą sprawę zapalną w okrężnicy poprzecznej i zstępującej.

Wkrótce po ogłoszeniu przypadku Obalińskiego podniosły się głosy pracujących w tym kierunku chirurgów przeciw naszemu postępowaniu.

Pierwszym był P. Reichel z Würzburga, który podniósł ważność wyników doświadczalnych, dotychczas otrzymanych na zwierzętach (Hermann, Salzer, Klecki) i radził przyjąć tę nową operacyę z wielką ostrożnością. Reichel jest przeciwnikiem całkowitego zamknięcia i radzi zawsze zakładać przetokę dla treści jelitowej, która w wykluczonej pętli mogłaby się nagromadzić. Uzasadnia on swoje zapatrywania temi słowy: „w razie nagromadzenia się treści wobec zamkniętej pętli może nastąpić jej zastój z następowem owrzodzeniem ściany jelitowej: jeżeli zaś treść w wykluczonej pętli okaże się skąpą, to przetoki — jak dowodzą przypadki niektórych autorów, nie sprawiają wiele dolegliwości chorym“.

Reichel podnosi przy tej sposobności różnice w wydzielaniu jelita grubego od cienkiego.

Że Obaliński nie miał na myśli przenieść operacyę przez nas obu zaleconą na jelito cienkie, dowodzi odpowiedź jego Reichlowi [1]).

Prawie te same zarzuty co Reichel podnosi także Hochenegg [2]); tenże potępia zabieg przez nas polecony, ponieważ przy nim nie mamy dostępu do chorej części jelita.

Na zarzuty Hochenegga odpowiedziałem [3]), starając się bronić udanemi doświadczeniami Salzera i Kleckiego, dalej dwoma udanemi doświadczeniami na ludziaah, przytem podnosząc nieprzyjemności, jakie za sobą pociąga rzyć sztuczna przez zakładanie przetok.

Przy tej sposobności polecam przyszywanie pętli wykluczonej do rany w powłokach brzusznych, tj. wytwarzanie niejako klapy bezpieczeństwa, która, w razie jakichkolwiek przypadków, możnaby otworzyć.

Wkrótce jednak pojawia się praca Eiselsberga [4]), w której autor ten, omawiając swoje 2 nowe przypadki cał-

---

[1]) Centralbl. für Chir. 1895, Nr. 6.

[2]) Wiener klinische Wochenschr. 1895, Nr. 16, 17 i 18.

[3]) Wiener klinische Wochenschr. 1895, Nr. 28.

[4]) Wiener klinische Wochenschrift 1896, Nr. 12, 13 i 14.

kowitego wykluczenia jelita, znowu krytykuje nasze postępowanie.

Tak jego własne doświadczenie w jednym przypadku, jak i doświadczenie zrobione w przypadku Funkego, przemawiają za korzyścią przetoki lub ostatecznie klapy bezpieczeństwa, którą ja proponowałem.

Wreszcie A. Narath [1]), opisując swój przypadek i, omawiając 15 wtedy znanych przypadków całkowitego wykluczenia jelita, porównuje oba sposoby zaopatrywania wykluczonej pętli i występuje jako otwarty przeciwnik zupełnego zamknięcia. Podnosi on znowu wyniki dotychczasowych doświadczeń na zwierzętach i zwraca uwagę na tę okoliczność, że wobec schorzenia ściany jelitowej, bakterye mogą przeniknąć ścianę i wywołać zapalenie otrzewnej. Wreszcie zwraca uwagę na znane przypadki, w których zatkanie przetoki, lub całkowite zamknięcie z umysłu, wywoływało objawy zadrażnienia otrzewnej (Barącz, Narath, Funke). Narath przypuszcza, że w moim przypadku, już w pierwszych dniach po operacyi podczas objawów zadrażnienia otrzewnej, musiało nastąpić przebicie do głównego przewodu pokarmowego. Wreszcie powiada Narath: „że tak długo nie można uznać uprawnienia do całkowitego zamknięcia pętli wykluczonej, póki oglądaniem nie będzie się można przekonać w moim przypadku, że wykluczona pętla nie stoi w związku z żadną inną częścią jelita głównego“. Po tych wszystkich krytycznych uwagach autorów występuje ponownie Obaliński [2]) z nowymi dowodami w obronie postępowania przezemnie i przez niego poleconego. Przytacza on jako dowód korzyści tego postępowania tę okoliczność, że u swojej chorej, u której zupełnie wykluczył, zamknął i zanurzył okrężnicę wstępującą, w 14 miesięcy po wykluczeniu zmuszony był robić ponownie laparotomię z przyczyny przepukliny

---

[1]) Die operative Behandlung der Dünndarmgenitalfisteln mit besonderer Berücksichtigung der »Darmausschaltung«. Archiv für klin. Chir. 1896, 52. Band, XVIII. S. 330 i n.

[2]) Centralblatt für Chirurgie 1896, Nr. 34.

ścian brzusznych i znalazł pętlę wykluczoną zanikłą i zamienioną w cienki postronek, nie stojący w żadnym związku z głównym przewodem pokarmowym.

W ten sposób czyni Obaliński zadość żądaniu Naratha, który żądał właśnie takiego dowodu. Jako dalszy dowód przytacza Obaliński wyżej wspomniane przypadki Wiesingera i Frielego, wreszcie, dla zabezpieczenia się, poleca zakładanie podobnej klapy bezpieczeństwa, jak ja ją poleciłem, tylko radzi przyszywać górny koniec ślepo zaszyty wykluczonej pętli do rany w powłokach brzusznych.

Co do przypadku Frielego sądzę, że Friele poszedł zadaleko, wykluczając i zamykając ślepo oba końce wykluczonej pętli wobec raka, gdzie należy się spodziewać znacznej i zakaźnej wydzieliny, zwłaszcza w późniejszym okresie raka (rozpad). Do takiego sposobu wykluczania nie nadają się, mojem zdaniem, te przypadki, tylko albo do enteroanastomozy, albo też do wykluczenia całkowitego, z pozostawieniem przetoki, jak to już w odnośnej mojej drugiej pracy [1]) zaznaczyłem.

W tem, co powiedziałem, starałem się Panom podać krótki historyczny pogląd na obecny stan nauki o całkowitem wykluczeniu jelita.

Jak Panowie widzicie, zdania dotychczas są podzielone; jedni utrzymują, że wykluczenie jelita z całkowitem zamknięciem jest zabiegiem niebezpiecznym, wskazując na nieudane doświadczenia, oraz te przypadki, w których wydzielina przy założeniu przetoki była obfitą; drudzy powołują się na doświadczenia i operacye udane na osobie żyjącej i polecają całkowite zamknięcie wykluczonej pętli.

Przytoczone powyżej ujemne zapatrywania chirurgów, mających pod tym względem pewne doświadczenie, jak Reichla, Hochenegga, Eiselsberga i Naratha, na wykluczenie całkowite z zupełnem zamknięciem, które do pewnego stopnia wydawały mi się racyonalnemi, dalej brak własnego większego doświadczenia, brak doświadczeń, w którychby

---

[1]) L. c.

jelito przy całkowitem wykluczeniu i zamknięciu było dostatecznie odrażonem, a względnie opróżnionem z nagromadzonych mas kałowych [1]), wszystkie te okoliczności razem wzięte skłoniły mnie do przedsięwzięcia ponownych doświadczeń na psach, ażeby przy możliwem przestrzeganiu anti-, a względnie aseptyki, i przy dokładnem przepłókaniu pętli, przeznaczonej do wykluczenia, módz samemu odpowiedzieć na pytanie: „czy u człowieka jest dozwolonem całkowite wykluczenie z zupełnem zamknięciem, czy też należałoby go zaniechać?“

Doświadczenia te [2]), w liczbie siedmnastu, wykonałem w październiku i listopadzie ubiegłego roku w zakładzie fizyologicznym prof. dra Becka we Lwowie w sposób następujący: u psów, odpowiednio przygotowanych i głodzonych, wykonywałem cięcie w linii białej, dostateczne do wydobycia na zewnątrz z jamy brzusznej odnośnej pętli jelitowej. Pętlę tę opróżniałem z treści przez przesunięcie jej między palcami do sąsiednich części jelit, następnie podwiązywałem na obu końcach podwójnie drenem, lub też zakładałem w tychże miejscach po dwa uciskadła, pomiędzy któremi podwójnie przecinałem ją nożyczkami na poprzek, nacinając również do pewnej głębokości krezkę. Ramię do- i odprowadzające łączyłem ze sobą albo osiowo, za pomocą guzików Murphiego, lub częściej za pomocą zmodyfikowanego przez siebie szwu Landerera; lub też łączyłem oba ramiona bocznie po zaszyciu ich na ślepo za pomocą szwu płytkowego, używając płytek brukwiowych, przez siebie poleconych.

Podłożywszy pod pętlę, przeznaczoną do wykluczenia, aseptyczne kompresy tak, ażeby treść tej pętli nie mogła się dostać do jamy brzusznej i ułożywszy psa na bok, zdejmowałem uciskadła i przepłókiwałem pętlę przez jedno ramię ciepłym fizyologicznym rozczynem soli kuchennej w ilości

---

[1]) Doświadczenia Kleckiego odnosiły się tylko do jelita cienkiego.

[2]) Wyniki tej pracy będą na innem miejscu szczegółowo ogłoszone.

2—3 litrów, do naczynia podstawionego, tak długo, aż z drugiego otworu począł wydobywać się czysty płyn. W ten sposób przepłókaną pętlę osuszałem gazą jodoformową, przeprowadzoną przez tę pętlę na wylot, wgłobiałem każdy z jej końców z osobna i zaszywałem ślepo szwem kuśnierskim lub kapciuchowym.

Pętlę tę następnie pogrążyłem i zaszywałem powłoki brzucha. Długość pętli wykluczonej wynosiła od 12—45 ctm. Wykluczanie przedsiębrałem tylko na jelicie grubem lub biodro-kątniczem (ileococcum). Przy pierwszych doświadczeniach nie zaszywałem szpary w krezce; przy następnych starałem się ją zmniejszyć szwami. Wyniki ostateczne tych moich doświadczeń były złe; 5 psów padło 9, 18, 20, 26 i 43 dnia po operacyi z powodu niedrożności jelit, spowodowanej wsunięciem się pętli sąsiedniej jelita w szparę niezaszytą krezki i jej skrętem naokoło osi [1]); 2 psy padły z powodu niedomykalności szwów, jeden z zapalenia otrzewnej, spowodowanego użyciem wadliwego uciskadła, jeden z powodu zakażenia jamy brzusznej podczas operacyi, jeden z powodu krwotoku wewnętrznego z krezki, 5 wreszcie z przyczyny samego wykluczenia. Tylko dwa psy pozostało przy życiu i blisko rok mają się zupełnie dobrze (357 i 320 dni od czasu operacyi).

Najciekawszymi są przypadki, w których samo wykluczenie było przyczyną śmierci. W jednym nastąpiła zgorzel na wolnym brzegu pętli wykluczonej, prawdopodobnie z powodu zaciśnięcia światła naczyń krezkowych i upośledzenia krążenia w ścianie jelita. W jednym przypadku pękło 55 dnia po operacyi jedno ramię ślepo zaszyte, prawdopodobnie z powodu nagromadzenia się gazów lub zwiększenia się treści w wykluczonej pętli. Trzy psy padło w 77, 134 i 178 dni po operacyi, wskutek zapalenia jamy brzusznej w następstwie owrzodzeń na błonie śluzowej i nagromadzenia się treści do kału podobnej w pętli wykluczonej. Treść ta zawierała

---

[1]) Patrz: Centralblatt für Chirurgie 1897, Nr. 13.

w 2 z tych przypadków czystą hodowlę *bacterium coli commune*, w jednym przypadku hodowla okazała się na agarze jałową, w bulionie wyhodowano sarcynę. Na błonie śluzowej we wszystkich 3 przypadkach znaleziono owrzodzenia, ropnie przetokowe, drążące do błony surowiczej. Ściany jelita były zgrubiałe, a w 2 przypadkach na błonie surowiczej znaleziono podbiegnięcia krwawe. Długość wykluczonej pętli wynosiła 10, 12 i 15 ctm. Treść nagromadzona w ilości 4, 14 i 45 grm. była papkowata, gęsta, żółtawo lub jasno-czekoladowo zabarwiona, o woni kałowej; pętla sama, zazwyczaj miernie wypełniona, kształtu kiełbasy, była z sąsiedniemi pętlami zrośnięta za pomocą silnych ścięgnistych pasm tak, że trudno ją było odnaleźć.

Na podstawie powyżej przytoczonych doświadczeń przyszedłem do wniosków następujących:

1) Wykluczenie całkowite jelita z zupełnem zamknięciem jest zabiegiem bardziej powikłanym, aniżeli wykluczenie z pozostawieniem przetoki, ponieważ pętla taka wymaga zupełnego odrażenia, co tylko z bardzo znacznemi trudnościami daje się przeprowadzić, przytem można bardzo łatwo zakazić otrzewnę.

2) W pętli wykluczonej może wydzielić się znaczna ilość treści do kału podobnej, zawierającej obfitą ilość *bacterium coli commune*; przyczyną tego jest najprawdopodobniej niedostateczne odrażenie pętli. Laseczniki pozostawione w pętli, drażnią błonę śluzową i pobudzają ją do wydzielania treści.

3) W następstwie ciągłego drażnienia błony śluzowej przez nagromadzoną treść i z powodu złego odżywiania ścian pętli (zaciśnięcie naczyń, zrosty [Klecki]), powstają po upływie dłuższego lub krótszego czasu na błonie śluzowej wykluczonej zamkniętej pętli owrzodzenia, które ułatwiają przenikanie bakteryj ku błonie surowiczej i prowadzą zazwyczaj do powstawania ropni otorbionych w ścianie jelita i przebicia do jamy brzusznej.

4) Jakkolwiek wykluczenie całkowite z zupełnem zamknięciem udać się może, to jednak jest połączone u psa (na podstawie dotychczasowych doświadczeń) z wielkiem niebezpieczeństwem, dlatego też i u człowieka nie powinno być stósowane. Wyjątkowo tylko może być ono zastósowane, ale dwuczasowo, jak to uczynił Wiesinger: założenie najpierw przetoki obwodowej i zamknięcie jej po pewnym czasie, skoro wydzielina z niej przez dłuższy czas zupełnie ustała.

Kończę z tem przekonaniem, że doświadczenia w tym kierunku nie należy uważać za skończone, że brak jeszcze takich doświadczeń, w którychby pętla była dostatecznie odrażoną środkami przeciwgnilnymi przez przepłókanie, a względnie pozostawienie odrobiny antyseptyku w świetle wykluczonej pętli. Czy takimi środkami da się pętla zupełnie odrazić, czy podrażnienie to chemiczne nie wpłynie szkodliwie i nie pobudzi do większego wydzielenia, czy błona śluzowa tak odrażona nie ucierpi i czy po takiem odrażeniu wyniki będą lepsze, będzie zadaniem przyszłych prac doświadczalnych. Gdyby doświadczenia takie w większości przypadków dały wynik dodatni, wtedy możnaby w wyjątkowych przypadkach przystępować do całkowitego wykluczenia jelita z zamknięciem od razu; sposób ten wykluczania byłby, mojem zdaniem, najidealniejszy, gdyż usuwałby nieprzyjemności sztucznej rzyci.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1897. Nr. 49. 50. 51 i 52.

Kraków 1897. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.